SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DINA LUZ BROCHERO PEDROZO**			**CC:**	**1140873865**
CORREO ELECTRÓNICO:	**dinapb49@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3004415282**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 67 57V 09 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**545966496**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6266 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 7.500.024**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/09/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

DINA LUZ BROCHERO PEDROZO
PS_6266_2025_9DD6FD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DINA LUZ BROCHERO PEDROZO
CC: 1140873865
CEL: 3004415282

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DINA LUZ BROCHERO PEDROZO			
	CON C.C N°	**1.140.873.865**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6266 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/09/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.750.041	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.750.041	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.500.024
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Gestión y Caracterización de Usuarios Llevar el registro de usuarios caracterizados garantizando el cumplimiento de criterios de calidad, oportunidad y pertinencia según los estándares.
2	Coordinación y Seguimiento de Citas Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador para recordarles el día y hora de la cita asignada para consulta en el CAPS según sea necesario.
3	Priorización y Cierre de Casos Familiares Identificar la prioridad de la familia (alta, media o baja) según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes, realizando la debida atención médica de acuerdo con la prioridad asignada.
4	Reporte y Consolidación de Atenciones Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin, mediante el cargue en el aplicativo GTAPS se realiza el cargue de las atenciones realizadas, esta acción permite consolidar la información, garantizar la articulación con el equipo interdisciplinario y facilitar el seguimiento de las intervenciones realizadas individuales.
5	Desarrollo Profesional y Comités Asistir a capacitaciones de la Ruta Integral de la Salud, comités y/o convocatorias. Con el fin de retroalimentar el conocimientos y los nuevos ajustes realizados y las mejoras a futuro.
6	Vigilancia Epidemiológica y Notificación Realizar notificación de eventos de interés de salud pública SIVIGILA. Teniendo en cuenta la población sus riesgos complicaciones y eventos de notificación inmediata para el abordaje eficaz.
7	Valoración Integral en Jornadas de Salud Ejecutar Valoraciones Integrales Médicas durante las jornadas de salud extramurales en las localidades de la Subred Centro Oriente, incluyendo San Cristóbal.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 81178051	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/18	$ 235.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/18	$ 300.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/18	$ 45.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 581.600

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*DINA LUZ BROCHERO PEDROZO* *PS_6266_2025_9DD6FD* **DINA LUZ BROCHERO PEDROZO** **CC: 1140873865**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_6266_2025_9DD6FD* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-18, 02:45:11 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81178051

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025

PAGADO 18/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DINA LUZ BROCHERO PEDROZO		
Documento	CC1140873865	**Dirección**	CR 67 SUR #57 V - 09 RESERVA DE MADELENA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3000000
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1140873865	DINA LUZ BROCHERO PEDROZO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.880.000	$ 300.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.880.000	$ 235.000	2,436	$ 1.880.000	$ 45.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 581.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.880.000	$ 1.880.000	$ 1.880.000	$ 0	$ 300.800	$ 235.000	$ 45.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 581.600	$ 300	$ 581.900

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.